UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 12

A PROPOS

D'UN

CAS DE MÉNINGITE TYPHIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1923

PAR

TZVETKOVITCH (Nenad)

Né à Soko-Bagna (Serbie), le 21 juin 1898

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, Professeur, *Président.*
VEDEL, Professeur.
MARGAROT, Agrégé. } *Assesseurs.*
Dr BOUDET.

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1923

A PROPOS

D'UN

CAS DE MÉNINGITE TYPHIQUE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0122

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 12

A PROPOS

D'UN

CAS DE MÉNINGITE TYPHIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1923

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

TZVETKOVITCH (Nenad)

Né à Soko-Bagna (Serbie), le 21 juin 1898

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse	DUCAMP, Professeur, *Président.*	
	VEDEL, Professeur.	
	MARGAROT, Agrégé.	*Assesseurs.*
	Dr BOUDET.	

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	H. BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*
	ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, *doyen*.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (Ch. de c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	P. DELMAS.
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr F. GRANEL.
Clinique des maladies des vieillards	Dr BOUDET.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	J. DELMAS.	Histoire natur.	GALAVIELLE. CABANNES.
Chimie	FLORENCE.	Physique	N...

Examinateurs de la thèse :

MM. DUCAMP, profr, *président*.
VEDEL, professeur.
MM. MARGAROT, agrégé.
Dr BOUDET.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de reconnaissance filiale.

A TOUS LES MIENS

N. TZVETKOVITCH

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

N. TZVETKOVITCH.

AVANT-PROPOS

Nous ne voulons point manquer à l'usage qui veut qu'en avant-propos de sa thèse le jeune médecin remercie ses maîtres. De leurs conseils, de leurs encouragements, de leur enseignement nous leur savons un gré infini, nous les prions de bien vouloir trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude.

A notre maître M. le professeur Ducamp nous adressons, en particulier, tous nos remerciements et l'assurance de tous nos sentiments de très vive reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider notre thèse. D'ailleurs, durant toute notre scolarité, nous avons écouté et apprécié son enseignement si instructif et si expressif, nous initiant à l'analyse scrupuleuse du malade, et c'est sous sa bienveillante direction que nous avons pu suivre pas à pas les différentes phases dans les difficultés du diagnostic de l'affection qui fait le sujet de notre travail.

Que M. le professeur Vedel, M. le professeur agrégé Margarot et M. le docteur Boudet reçoivent à leur tour l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée et pour l'instruction profes-

sionnelle qu'ils nous ont donnée au cours de nos années d'études.

Que tous nos maîtres enfin de la Faculté de médecine de Montpellier soient persuadés que, bien qu'exerçant loin de cette vieille Faculté française, nous ne les oublierons pas, et que leur souvenir sera toujours présent à notre mémoire.

A PROPOS

D'UN

CAS DE MÉNINGITE TYPHIQUE

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

La conception de la fièvre typhoïde et le tableau clinique que l'on s'en faisait ont été, la première modifiée, le second élargi, depuis que l'on a mis en pratique les résultats qui nous sont révélés par la recherche bactériologique du bacille d'Eberth. C'est par ce puissant apport d'éléments de diagnostic que nous fournit le laboratoire, que l'on a pu rattacher à la septicémie typhique les diverses manifestations qui peuvent apparaître non seulement comme complications d'une dothiénentérie confirmée, mais bien comme symptômes de premier plan à l'exclusion complète de tous signes digestifs, dont la présence a été longtemps considérée comme la pierre de touche du diagnostic de la fièvre typhoïde.

On sait parfaitement qu'au cours d'une dothiénentérie on peut se trouver en présence soit de réactions méningées pures, soit au contraire de méningites typhiques reconnues bactériologiquement. On peut grouper ces connaissances de la façon suivante :

1° Tantôt il s'agit de manifestations méningées survenant à la période d'état de la dothiénentérie, ce sont des méningites secondaires à bacille d'Eberth ou bien de simples réactions méningées au cours d'une infection aiguë.

2° Tantôt il y a concomitance entre la symptomatologie intestinale et la symptomatologie nerveuse, on se trouve alors en présence d'un méningo-typhus, c'est-à-dire d'un état méningé au début d'une fièvre typhoïde.

3° Tantôt enfin il s'agit bien de méningites éberthiennes primitives qui ne sont accompagnées ou suivies d'aucun signe de dothiénentérie, mais elles ont toutes les symptômes de méningites aiguës cérébro-spinales, l'examen bactériologique permettant seul d'en établir le diagnostic causal.

Notre observation, tout en se rattachant au dernier groupe de notre classification précédente, renferme une particularité. Le sujet de notre thèse est une malade qui a présenté il y a 3 ans une fièvre typhoïde affirmée par l'hémoculture et qui a fait par la suite une méningite éberthienne, ce qui évidemment est un cas excessivement rare.

Avant de donner les détails de l'observation, il est cependant nécessaire de passer en revue l'évolution à travers les différentes époques médicales de la conception que l'on a pu se faire de la méningite typhique.

Il est évident que les réactions méningées que l'on retrouvait au cours des fièvres typhoïdes n'ont pu être étiquetées méningites éberthiennes que tout autant que à la clinique sont venues s'adjoindre les méthodes de laboratoire permettant par l'hémoculture de déceler l'invasion de l'organisme par le bacille d'Eberth, et de le re-

trouver par l'examen direct et l'ensemencement au niveau des exsudats méningés.

Aussi dans une première période qui va jusqu'en 1891, au moment même où Quincke inventa la ponction lombaire, on ne put faire le diagnostic étiologique de la méningite en présence de laquelle on ne se trouvait que post mortem, et d'ailleurs ceci ne fut possible que tout autant que le bacille d'Eberth avait été découvert, c'est-à-dire en 1881.

Jusqu'alors les auteurs avaient d'abord signalé les manifestations méningées au cours des fièvres continues. En 1841, le professeur Forget (de Strasbourg) fit la première description dans une observation intitulée : « Entérite folliculeuse latente prise pour une affection cérébro-spinale ».

A celle-ci succédèrent les observations et les constatations de Lombard et Fauconnet (de Genève), en 1843, Piorry 1845, Wunderlich 1852, qui décrit à côté des formes « muqueuses, biliaires et pectorales les formes cérébrales et spinales » de la fièvre typhoïde.

En 1875, la thèse de Hugues où pour la première fois on voit décrit en détail le signe de Kernig avec toutes ses manifestations anatomiques. Hugues s'exprime ainsi : « On veut faire asseoir le malade sur son lit ; il se tient raide comme une barre de fer, la flexion des membres est douloureuse, l'extension gênée et pénible. »

A partir de 1881 le bacille d'Eberth était connu, on apprenait à le rechercher, mais encore une fois ce ne fut qu'après que l'on eut la pratique de la ponction lombaire que l'on put le déceler sur le vivant. Jusqu'alors on s'était limité simplement à des constatations nécropsiques et encore se trouvait-on parfois en présence d'associations microbiennes qui rendaient difficile l'interprétation

du rôle joué par chacune d'elles au cours de l'évolution de l'affection à laquelle avait succombé le malade.

Mais alors dès 1892 on entre dans une ère nouvelle qui va en se perfectionnant jusqu'en 1896, époque où Widal découvrit son séro-diagnostic. Dès lors, on peut par la ponction lombaire aller chercher au niveau du canal céphalo-rachidien l'élément microbien responsable de la lésion méningée que l'on pourra identifier et qui permettra de poser le diagnostic de méningite éberthienne primitive.

Jusqu'en 1916, 18 cas ont été publiés et Gauthier et Merklen ont cité le 19e. En somme, peu d'observations jusqu'alors de méningites typhiques primitives, et nous avons pensé faire œuvre utile en rapportant le cas que nous avons pu suivre sous la bienveillante direction de notre maître M. le professeur Ducamp.

ETUDE CLINIQUE D'UN CAS DE MÉNINGITE TYPHIQUE

Observation

(Due à l'obligeance de M. le professeur Ducamp)

A. M..., 15 ans, domestique, entre dans le service de M. le professeur Ducamp le 30 janvier 1923 pour « céphalée intense et insomnie ».

Le début remonterait à 3 jours, mais cependant quelques jours auparavant la petite malade aurait présenté à la fin de sa journée de travail des signes de lassitude, courbature, membres inférieurs brisés, légère céphalée, mais aucun état fébrile n'avait été noté. Brusquement, il y a 3 jours, céphalée intense, courbature généralisée, asthénie totale, fièvre élevée 40° ; dans la nuit, la malade a eu quelques cauchemars et, dès le premier jour de l'apparition des gros signes précités, elle constate un peu de photophobie.

Pas d'épistaxis, pas de constipation, pas de vomissements. Soignée à son domicile pendant trois jours, les

symptômes vont en s'accentuant, quelques vomissements de temps à autre, et devant la persistance de la gravité de son état la malade est envoyée à l'Hôpital Suburbain.

C'est une malade intéressante de par ses antécédents personnels.

Antécédents héréditaires. — Famille nombreuse, nombreux antécédents bacillaires.

Antécédents personnels. — En juin 1920, alors qu'elle était en traitement au sanatorium Saint-Pierre de Palavas, a présenté un état fébrile continu avec signes de dothiénentérie. Le tout fut confirmé par le laboratoire qui donna un séro-diagnostic fortement positif au 1/200 en 40 minutes. D'ailleurs il resta pendant quelque temps des séquelles au niveau de l'appareil cardio-vasculaire. Un souffle au 1er temps à la pointe qui traduisait une insuffisance mitrale cependant bien compensée. Rien d'anormal n'avait été noté depuis lors.

A son entrée, malade pâle, un peu prostrée, yeux cernés, quelques vomissements en fusée, lèvres sèches, fuligineuses ; la malade aurait une certaine tendance à prendre la position en chien de fusil et à se tourner du côté obscur de la salle.

L'examen plus détaillé révèle les signes suivants pour chacun des différents appareils de l'organisme :

Appareil digestif : Lèvres sèches, fuligineuses, langue rôtie, non humide, rouge à la pointe et sur les bords.

Le ventre non météorisé paraît excessivement douloureux sur toute la région, la fosse iliaque semblerait à la pression accuser une douleur exquise, mais ces réactions sensitives violentes paraissent être dues à une pure et simple hyperesthésie.

Le foie est gros, dépassant légèrement le bord inférieur de la ligne des fausses côtes.

La rate, grosse, est perçutable, elle peut être même perçue par la palpation si la malade ne contracte pas ses muscles abdominaux gauches.

Constipation assez marquée.

Appareil pulmonaire : Tousse de temps à autre, mais n'expectore pas ; l'examen méthodique attentif du poumon ne révèle que de tout petits râles discrets de congestion que l'on retrouve au niveau des deux bases.

Appareil nerveux : Pupilles paresseuses, réagissant très lentement à la lumière et à l'accommodation, pas d'ophtalmoplégie externe, pas d'amaurose, pas de diplopie.

Photophobie assez marquée.

Raideur de la nuque, mais Kernig absent.

Réflexes vifs.

Hyperesthésie, léger subdélire.

Appareil cardio-vasculaire : Pouls petit, assez rapide, mais ne présentant pas de dichrotisme. Frémissement cataire des plus nets.

A l'auscultation : souffle au premier temps, se propageant légèrement vers l'aisselle ; il paraîtrait y avoir un roulement présystolique.

Appareil urinaire : Urine assez abondamment, 1 litre par jour.

Pas d'œdème.

Légères traces d'albumine.

Aucun autre trouble.

Etat fébrile 40°2. Pouls à 140. Pas de dyspnée.

Le lendemain matin le subdélire est accentué et la forme tend à devenir franchement ataxique. La fièvre est élevée à 40°8, le pouls au voisinage de 140, mais on ne peut déceler la raie méningitique.

Les autres signes observés la veille persistent et il faut insister surtout sur les vomissements en fusée, assez fréquents, qui associés aux troubles oculaires, à la torpeur, dirigent immédiatement l'investigation du côté de l'appareil nerveux, du côté de l'axe cérébro-spinal et de ses enveloppes.

Une ponction lombaire est pratiquée le matin à onze heures.

Le liquide est légèrement hypertendu, d'aspect louche, on en retire environ 15 cc. Un examen cytologique, à l'aide de la cellule Nageotte, montra qu'il existait plus de 700 éléments par millimètre cube. Ces éléments étaient ainsi répartis :

95 °/₀ de polynucléaires.
4 °/₀ de lymphocytes.
1 °/₀ de mononucléaires.

En présence d'une telle réaction cellulaire, indice de méningite aiguë, on pratiqua l'examen, entre lame et lamelle, d'une goutte de liquide céphalo-rachidien, sans coloration. Cet examen révéla la présence de nombreux bâtonnets courts extra-cellulaires et très mobiles. *Ceux-ci très nombreux* (plus de 100 par champ colorés ultérieurement) eurent un Gram négatif.

La centrifugation du liquide donna un petit culot d'apparence purulente qui, étalé et coloré par le bleu de Unna, montra une véritable fusée de leucocytes à grosse majorité polynucléaires, ne paraissant pas sensiblement altérés.

On ensemença alors quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien en milieu de Tribondeau, en bouillon peptoné et sur agar ordinaire, et il poussa en 24 heures des colonies de bacilles d'Eberth.

L'examen chimique donna les résultats suivants :

Chlorures	7 gr. 30
Albumine.....	0 gr. 60
Sucre.....	0 gr. 75

Le soir, la température reste élevée 40°4, la malade agitée pendant toute la journée pousse des cris fréquents ressemblant aux cris hydrencéphaliques.

Bains. Hémoculture pratiquée le même jour fut positive pour l'Eberth.

1er février. — Etat ataxique continu. Délire durant toute la nuit. Hyperthermie 40°4, le pouls est à 120. Le matin, la malade est en chien de fusil, les lèvres sont sèches, fuligineuses, et l'inégalité pupillaire est plus accentuée, la raie méningitique est alors excessivement nette et les signes d'irritation du faisceau pyramidal sont des plus marqués.

Réflexes très vifs avec prédilection à droite.

Ebauche de clonus.

Le Babinski est négatif, mais les orteils tendent à se mettre en éventail.

Le Kernig est très net.

Le contro-latéral se retourne avec facilité.

A côté de ces signes méningés on note la présence d'un purpura à forme de pétéchies au niveau du bras droit. De plus, au niveau des membres et de l'abdomen, petites vésico-pustules assez nombreuses. On prélève aseptiquement une quantité de ce pus qui examiné entre lame et lamelle, sans coloration, montra la présence de petits bacilles très mobiles, qui étaient fortement agglutinés par l'adjonction d'une goutte très diluée de sérum antityphique.

Donc, pus à bacille d'Eberth.

Au cours de la journée, il y eut de l'oligurie, l'état s'aggrava. Hyperthermie 41°5 et le soir la malade en collapsus mourut à huit heures.

Telle est l'observation qui a servi de sujet pour notre thèse. La nécropsie pratiquée nous sera très utile lors du chapitre d'Anatomie pathologique, et c'est par lui que nous allons continuer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions macroscopiques relevées au cours de l'autopsie du sujet de notre travail ont été les suivantes :

Le liquide qui baignait l'axe cérébro-spinal était un liquide clair, en assez grande quantité, donnant de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Les enveloppes étaient congestionnées, vascularisées, mais on ne notait aucun dépôt purulent.

Les hémisphères cérébraux, congestionnés, présentaient une dilatation intense des vaisseaux qui parcourent la connexite, mais on ne trouvait pas de traînées purulentes le long des gaines vasculaires, lieu où elles siègent avec le maximum de prédilection. A la base, piqueté hémorragique très important, le cerveau est sain, ferme, et à la coupe présente le piqueté hémorragique que nous venons de signaler plus haut.

On ne trouve pas d'œdème sous-arachnoïdien qui existe cependant assez fréquemment, souvent sans lésion inflammatoire, et qui se traduit alors cliniquement par les signes d'une méningite, alors que anatomiquement il n'y a pas à proprement parler de lésions.

Microscopiquement nous nous rapprochons des des-

criptions données par Thomas et Pierret. Les vaisseaux sont béants et gorgés de sang ; il y a néoformation importante de capillaires à type embryonnaire, et tout autour des artérioles un manchon de leucocytes en diapédèse.

Les lésions de la substance nerveuse sont minimes et l'on ne relève guère qu'une prolifération légère des cellules névrogliques.

Ce sont les seules lésions que l'on relève à l'examen macroscopique et microscopique du système nerveux central.

Les lésions de l'intestin sont excessivement minimes : on note de toutes petites taches ecchymotiques, peu nombreuses d'ailleurs, quatre dans tout l'intestin grêle ; elles sont situées du côté opposé à l'insertion mésentérique. De la grosseur d'une pièce de cinquante centimes environ, de couleur violacée, elles constituent une légère hypertrophie des plaques de Peyer de cette région. Il n'y a pas de ganglions.

Le cœur présente un rétrécissement mitral typique, que nous avons signalé d'ailleurs au cours de l'examen clinique, par la présence de ce frémissement cataire important, mais nous n'avons pas trouvé de lésions endocarditiques témoignant de l'atteinte ancienne de la muqueuse cardiaque par le bacille d'Eberth. Ce cœur était petit.

La rate était grosse, congestionnée, diffluente.

Le rein, le foie étaient également congestionnés.

L'anatomie pathologique de notre cas peut être ainsi résumée :

Très peu de lésions de dothiénentérie au niveau de l'intestin.

Congestion intense du cerveau. Vascularisation impor-

tante. A la coupe, piqueté hémorragique. Hypertension du liquide céphalo-rachidien qui est clair. Ce n'est que l'ensemencement qui permet de déceler le bacille d'Eberth.

Ceci correspond à peu près exactement au caractère des méningites éberthiennes primitives décrites jusqu'alors. Cependant on a signalé aussi des cas où le liquide était franchement purulent et la convexité des hémisphères était recouverte d'une véritable couenne de pus pouvant atteindre quelques millimètres (Gauthier et Merklen).

Quant aux lésions du névraxe, elles ne se sont jamais traduites différemment que par les modifications que nous avons signalées.

DIAGNOSTIC

Il est évident que le problème du diagnostic est d'autant plus complexe que nous avons simplement en face de nous une réaction méningée, mais quelle en est sa nature? Dans les cas où la méningite typhique survient au cours d'une dothiénentérie confirmée cliniquement, il suffit d'y penser ; mais précisément dans l'observation qui nous intéresse les signes classiques de la typhoïde étaient absents et le tableau clinique était celui d'une méningite ou plus exactement d'un état méningé. On conçoit toutes les difficultés qui ont surgi lorsqu'il a fallu préciser la nature de cette infection méningée.

Deux problèmes se posaient immédiatement :

1° Il s'agit d'une méningite ;

2° Quelle en est sa nature.

Nous allons simplement résumer la symptomatologie que présentait la malade à son entrée, pour bien montrer que le diagnostic de méningite pouvait être facilement envisagé.

1° *Preuves cliniques :* Céphalée intense. Constipation. Vomissements en fusée.

Mais à côté de la période symptomatique nous avons d'autres éléments.

Tout d'abord la photophobie assez marquée d'ailleurs dès le début de la maladie ; la position en chien de fusil, les cris hydrencéphaliques que poussait la malade de temps à autre.

Les pupilles paresseuses, réagissant très lentement à la lumière et à l'accommodation, cependant pas d'ophtalmoplégie externe, ni strabisme, ni diplopie. Pas d'amaurose.

Réflexes vifs. Ebauche de Babinski. Hyperesthésie.

Léger subdélire.

Raideur de la nuque. Kernig contro-latéral.

2° *Preuves de laboratoire :* La ponction lombaire pratiquée donna un liquide clair, un peu hypertendu, où les diverses recherches au point de vue cytologique et chimique donnent les résultats suivants :

Cellule Nageotte : 700 éléments par cc.

Albumine	0 gr. 60
Chlorures	7 gr. 3

En résumé, réaction leucocytaire intense, hyperalbuminose. Donc la clinique avait son diagnostic confirmé par les examens de laboratoire, on se trouvait en présence d'une méningite et non d'un *état méningé*.

Mais quelle était la nature étiologique ?

Nous savons que les symptômes méningitiques sont très fréquents dans toutes les maladies aiguës, et, étant donné la température élevée que présentait cette malade, son état de profonde intoxication, il était normal que l'on passât toutes les infections aiguës les unes à la suite des autres. Mais la maladie étant au début, la température étant élevée, il restait un moyen élégant de reconnaître

la nature de l'infection en cause, il suffisait de faire une hémoculture.

Cette hémoculture, pratiquée dans les conditions requises d'asepsie, poussa dans les vingt-quatre heures, et l'identification du germe faite on put affirmer que le bacille d'Eberth se trouvait dans le torrent circulatoire.

Mais la méningite était-elle de même nature ?

L'aspect clair du liquide céphalo-rachidien, l'hyperalbuminose, les troubles oculaires, les cris hydrencéphaliques, étaient tous en faveur d'une méningite tuberculeuse.

On fit alors la répartition des éléments très nombreux que l'on comptait à la cellule Nageotte :

95 o/o de polynucléaires
4 o/o de lymphocytes
1 o/o de mono.

La prédominance des mononucléaires, très nette, était en faveur d'une méningite aiguë, et la tuberculose étant surtout une lymphocytose la formule leucocytaire n'était pas celle d'une méningite bacillaire. C'est alors que par l'examen direct du culot de centrifugation on découvrit des bacilles courts, mobiles, très nombreux, que l'on put identifier par la suite, et qui n'étaient autres que de l'Eberth.

Cependant ici il est nécessaire de faire une remarque. Le chiffre de cent éléments par champ microscopique n'avait été noté que dans un cas, celui de Gauthier et Merklen, où on se trouvait en présence d'une méningite éberthienne franchement purulente. D'autre part la recherche directe du bacille n'avait pas toujours donné des résultats positifs, et peu d'auteurs avaient signalé l'avoir retrouvé directement, nous avons donc été largement favorisés.

Quant à l'identification du germe, c'est après avoir ensemencé le liquide céphalo-rachidien sur milieu de Tribondeau, sur bouillon peptoné, que l'on s'aperçut que la colonie qui avait poussé au bout de 24 heures, et qui était composée de bacilles courts, mobiles, ne faisait pas fermenter le lactose, ne produisait pas d'indol dans les cultures, ne faisait pas virer les milieux au au neutralroth.

Il était agglutiné par le sérum antiéberthien.

On pouvait donc affirmer que l'Eberth était seul en cause et qu'on l'avait par toutes ces recherches distingué des différentes paratyphoïdes que l'on est appelé à rencontrer.

Le diagnostic était donc « Méningite éberthienne au cours d'une septicémie typhique ».

Avant de conclure il est nécessaire de dire un mot du traitement.

TRAITEMENT

La question du diagnostic se retrouve avec son maximum d'importance dans le chapitre de la thérapeutique. Il faut éviter de traiter ces malades par la sérothérapie antiméningococcique, toujours inutile dans ces cas et même souvent dangereuse. D'ailleurs, lorsque le liquide est clair, on peut facilement après ensemencement attendre 24 heures pour avoir le résultat et pouvoir mettre en œuvre la thérapeutique indiquée par le résultat des analyses et des pratiques bactériologiques.

Mais ce traitement, en somme préventif, mis à part, exclu, quelle doit être la conduite d'un médecin vis-à-vis d'un malade atteint de méningite typhique.

1° *La ponction lombaire.* — On sait que l'inflammation des méninges se traduit par une réaction de ces séreuses et par la production de liquide qui, dans le cas envisagé, est clair, limpide. A la suite de cette augmentation de liquide céphalo-rachidien, de cette hydropisie des méninges, les ventricules sont dilatés, la moelle est comprimée et le tout se traduit par les symptômes méningés classiques. Si on soustrait du liquide il y aura amendement des symptômes, et la céphalée diminuera les signes nerveux s'atténueront. D'autre part, cette sérosité

que l'on retire n'est qu'une culture vivante de bacilles ; en débarrassant l'organisme de ces milliards de bacilles, la quantité de toxines répandues est beaucoup moins importante et l'organisme a à lutter contre beaucoup moins d'éléments envahisseurs. C'est en sorte un drainage temporaire que l'on établit dans un foyer purulent ou infecté.

2° *Le bain chaud* à 38° employé toutes les 3 ou 4 heures est un sédatif puissant du système nerveux et provoque une série de réactions, sudation, diurèse, qui contribuent à débarrasser l'organisme de toutes les toxines qui l'ont envahi.

3° *La thérapeutique biologique.* — On pourrait peut-être essayer d'injecter des sérums (le sérum de Rodet, par exemple) à haute dose dans le liquide céphalo-rachidien ; on croit agir ainsi directement là où ce forme le foyer, mais la rapidité d'évolution du cas que nous relatons ne nous a pas permis d'en essayer l'application.

En résumé, la ponction lombaire, le bain chaud, paraissent devoir être les procédés thérapeutiques de choix ; malgré ce il ne faut pas oublier qu'en général le pronostic est sévère et que, dans les observations signalées, sont rares celles qui ont abouti à une guérison.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie de la méningite typhique est des plus simples, et, à part la nature de son agent spécifique, elle se réduit aux causes étiologiques de toutes les méningites.

On a invoqué pour elle, comme pour toutes les autres, et peut-être à l'aide d'appuis purement hypothétiques, le rôle du surmenage cérébral, l'hérédité névropathique, la débilité nerveuse, l'atteinte antérieure du système nerveux, ou encore l'imprégnation lente et continue de ce dernier par des produits toxiques.

Les femmes, les enfants au-dessous de 6 ans (Méry) y seraient plus prédisposés. Il faut cependant signaler un fait qui relève de la notion d'épidémicité : il semblerait que le bacille ait des affinités pour certains organes, affinités variables avec chacune des épidémies, et, d'après les quelques cas observés dans le service, il paraîtrait logique de penser qu'au cours de l'épidémie actuelle, le bacille d'Eberth a eu une tendance *neurotrope*. Nous avons noté au cours de notre scolarité :

1° Un second cas de méningite à bacille d'Eberth que nous regrettons de ne pouvoir publier, à côté de notre

observation, dans le travail que nous avons entrepris, la malade étant décédée dès son arrivée à l'hôpital ;

2°. Un cas de radiculite, et névrite survenue également au cours d'une dothiénentérie.

Mais ce qui est assez particulier à notre cas, c'est que la malade, ayant été atteinte il y a trois ans d'une typhoïde à séro-diagnostic positif pour l'Eberth, n'a pas paru se défendre contre l'infection éberthienne, qui a d'ailleurs évolué avec des caractères de septicémie dans un temps relativement court.

On ne peut qu'invoquer un état de moindre résistance poussé à l'extrême, et, en effet, d'après la situation sociale de la petite malade, d'après le travail auquel elle était astreinte, d'après sa lésion initiale, on peut penser que la misère physiologique, le surmenage et son cœur pathologique ont joué un rôle dans la rapidité de l'évolution de cette affection.

Mais pourquoi une localisation nerveuse ? Nous avouons ne pouvoir en donner les raisons.

Cependant l'hémoculture positive, le purpura au niveau du membre supérieur ne seraient-ils pas en faveur d'une septicémie éberthienne avec localisation méningée, et non une méningite pure à bacille d'Eberth. Il suffit de rapprocher ce tableau de celui de la méningococcémie caractérisé lui aussi par la présence du méningocoque dans le sang, les manifestations purpuriques, pour se laisser entraîner vers l'idée première que nous avons émise. D'ailleurs les quatre taches ecchymotiques relevées sur l'intestin avec congestion des plaques de Peyer nous démontrent bien qu'il y a eu lésion intestinale, qui cependant, il faut l'avouer, n'a eu aucune traduction clinique.

Et alors, étant donné le nombre assez restreint de cas de méningites typhiques pures signalés, on est autorisé à se demander s'il ne s'agissait pas toutes les fois d'une septicémie éberthienne avec localisation méningée, la lésion initiale digestive passant à peu près inaperçue.

CONCLUSIONS

1° La méningite typhique primitive n'est peut-être qu'un épisode de localisation méningée de l'infection éberthienne au cours d'une septicémie, la porte d'entrée au niveau de l'appareil digestif passant totalement ou presque inaperçue.

2° Dans le cas de syndrome méningé avec liquide clair, rechercher toujours, surtout en cas d'épidémie typhique, par l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien la présence du bacille d'Eberth en son intérieur.

3° L'hémoculture peut souvent permettre d'ouvrir la voie du diagnostic.

4° La recherche directe du bacille d'Eberth entre lame et lamelle ne doit pas être négligée, il pourra souvent donner des résultats.

C'est donc surtout par le laboratoire que l'on étiquettera la nature d'une méningite. Le syndrome aura été diagnostiqué cliniquement.

5° Le pronostic est toujours grave, aussi doit-on rechercher une thérapeutique, biologique probablement, qui permettra d'en diminuer la léthalité, cette dernière étant associée aux ponctions lombaires répétées et aux bains chauds.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

A propos d'un cas de méningite typhique,

par Nenad Tzvetkovitch.

Montpellier, le 19 juillet 1923.

Le Professeur,

DUCAMP.

Vu :

Montpellier, le 19 juillet 1923.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 20 juillet 1923.

Le Recteur,

Jules COULET.

BIBLIOGRAPHIE

Artaud. — Forme nerveuse de la fièvre typhoïde avec contractions (Th. Paris, 1901).

Dieulafoy. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1898-99.

— Manuel de pathologie interne, tome III.

Dabout. — Les méningites typhiques (Thèse Paris, 1902).

Grasset. — Nouveau Montpellier médical, 1895, tome IV.

Netter. — Société médicale des hôpitaux, mars 1890.

— Société médicale des hôpitaux, 27 juin 1898.

— Société médicale des hôpitaux, 22 juillet 1898.

— Congrès international de Paris, 1900.

Hugues. — Des accidents cérébro-spinaux au début de la fièvre typhoïde (Thèse Paris, 1895).

Fernet et Guide. — Société médicale des hôpitaux, octobre 1894.

Dopter. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1902.

Giraudet. — Th. Bordeaux, 1905.

Cruchet et Buard. — Gazette hebdomadaire des Sociétés médicales de Bordeaux, 27 avril 1902.

Claret et Lyon-Caen. — Les méningites typhiques (Gaz. des hôpitaux, 1910).

Bergé et Weissenbach. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 3 novembre 1911.

Weissenbach. — Les méningites éberthiennes. Revue générale (Gazette des hôpitaux, 1913).

Collet et Lesieur. — Un cas de méningo-typhus (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 mai 1911.

Lemierre et Joltrain. — Méningite purulente éberthienne.

Lereboullet. — Etat méningé au début d'une fièvre typhoïde.

Lesieur et Marchand. — Méningite purulente éberthienne au cours d'un état typhoïde sans lésions intestinales (Société médicale des hôpitaux de Paris, 20 décembre 1912).

Milliet. — Les méningites éberthiennes (Médecine moderne, janvier 1913.

Pacaud. — Le méningo-typhus (Th. Lyon, 1912-1913).

Trémoliers et Touraine. — Etat méningé dothiénentérique initial (Société médicale des hôpitaux de Paris, 16 décembre 1910).

Gauthier et Merklen. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 1er décembre 1916.

Cottin et Gastinel. — Septicémie éberthienne à manifestations méningées (Société médicale des hôpitaux de Paris, janvier 1916).

Orticoni et Ameuille. — Accidents méningés précoces dans la fièvre typhoïde (Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 mars 1915).

Oelsnitz (D') et Boucard. — Un cas de méningite cérébro-spinale éberthienne (Société médicale des hôpitaux de Paris, avril 1915).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.